

## 小児科でみられる心身症

二 宮 恒 夫

徳島大学医療技術短期大学部看護学科

(平成12年3月10日受付)

### はじめに

子どもは、心の悩みを①暴力行為などの行為化、②無関心・無感動などの無為化、③強迫化、④心身症などの身体化によって表現する<sup>1)</sup>。心身症は、「身体疾患のうち、その発症と経過に心理・社会的因子が密接に関与し、器質的ないしは機能的障害の認められる病態を呈するもの」であり、神経症やうつ病などの精神障害に伴う身体症状は除外されると、定義されている(日本心身医学会教育研修委員会)。心身症と神経症の違いのポイントは、神経症は心理的苦痛を過剰な言動で表現しているのに対し、心身症はそれを身体症状で現しており、このことから失感情症(alexithymia, アレキシシミア)ともいわれる。病態は、ストレスによって自律神経系や内分泌系、免疫系に異常をきたした状態である。

最近、子どもの心身症は増加しており、夜尿症、頻尿、チック、拒食・過食症、過敏性腸症候群、不登校、被虐待による心的外傷などの受診が多い。主な子どもの心身

症と誘因について表1, 2に示した<sup>2)</sup>。

### 子どもの心身症の発症要因

心身症は、子どものストレス耐性とストレスの種類・強度とのバランスの崩れによって発症する(図1参照)。ストレス耐性は、子どもの素質、性格、発達段階などによって規定される。ストレスは、家族、友人、教師などとの対人関係の障害や学業の過重、現代の社会・文化的要因によってもたらされる。子どもの性格や行動様式には個人差があり、発達段階に応じてストレスの受け取り方が異なる。また、同程度のストレスであっても、ある子どもには自信をなくさせ発達の基盤的变化をもたらし、他の子どもには適度なストレスとして向上的に利用される。一般に心身症の子どもは、よい子で環境に過剰適応していることが多い。自己主張せず周囲に合わせるため、ストレスは発散されない傾向にある。一方、少子化、核家族化、女性の社会進出、父親の心理的不在、学歴偏重

表1 主な心身症・関連疾患とその誘因

心身症・関連疾患	誘 因
(乳児期) 吐乳、下痢、便秘などの消化器症状、発育障害(愛情遮断症候群、虐待)、心因性発熱、円形脱毛症	母親のいらいらした感情、几帳面すぎる育児態度、愛情の欠乏・放任、生活環境の不備
(幼児期) 指しゃぶり、性器いじり、遺尿症(夜尿、昼尿)遺糞症、頻尿、吃音、気管支喘息、周期性嘔吐症、チック、憤怒けいれん	弟妹の出生、嫉妬心、同胞間の玩具の取扱い、競争心、感情的育児態度、両親の共働き、愛情の欠乏・放任
(学童期) チック、気管支喘息、心因性嘔吐、心因性頭痛、起立性調節障害、抜毛症、歩行障害、緘黙症、不登校	同胞との関係(嫉妬心、競争心)、親子関係(厳格、過保護、過干渉、過剰期待など)、友人関係、教師との関係、学業、塾
(思春期) 気管支喘息、起立性調節障害、過敏性腸症候群、過換気症候群、拒食症・過食症	個人の能力、身体的障害、親子関係、教師との関係、異性関係、進学の問題、人生観、社会観

(高木俊一郎：子どもの心とからだ，創元社，1989より一部改変)

表2 対人的環境要因

1	家族が子どもに心理的影響を及ぼす場合 長期の別居や入院などによる親，特に母親の長期不在 弟妹の出生や，共働きのために母親の愛情が少なくなったと感じる 両親の不和や離婚などにより家庭の崩壊を感じる 親の死や，生命を脅かす災害への遭遇
2	学校や友人との関係で子どもに心理的影響を及ぼす場合 友人，先生から愛情や信頼が感じられなくなる状況 転校に伴う担任や級友との別れ 担任の交代，異性との破綻，疎外やいじめ 学業の過重 課外活動などでの集団不適応

などの社会文化的変化は，子どもに対し過保護，過干渉，過剰期待をもたらし，子どもの自立を阻害しストレス耐性を育ちににくくさせている<sup>3)</sup>。

### 心身症の子どもへの対応

乳児期や幼児期にみられる心身症（心身反応）は，養育環境の調整により改善し，予後は良好である。養育環境の調整は，主として母親の援助に向け，母親への養育支援体制の確立である。保健婦や助産婦による訪問や相談による支援も必要になる。このころの子どもに対する非言語的な治療としては絵画療法，箱庭療法，コラージュ療法，遊戯療法などがある。学童期や思春期の心身症は，経過が長くなったり，難治化することがある。家族と治療方針を共有することが大切である。また，精神科や心理療法士，教育関係者と緊密な連携が必要になる。自立訓練法なども有効である。

治療手段の中心は言語，すなわちカウンセリングであり，その対象は子どもと家族である<sup>4,5)</sup>。

#### 1) 対応の基本姿勢

心身症の子どもの多くは，慢性的なストレスをかかえているので葛藤や不安，抑うつ，自責感が強い。また，性格特性は自己評価が低く，周囲には過剰な適応を示す。カウンセリングによってこれらが解消されることが必要である。従って基本姿勢は，指導や指示ではなく，子どもの今の言動をあるがまま受容したうえでの援助と非指示である。

援助とは，子どもが本来の姿を歪めないで現すことが

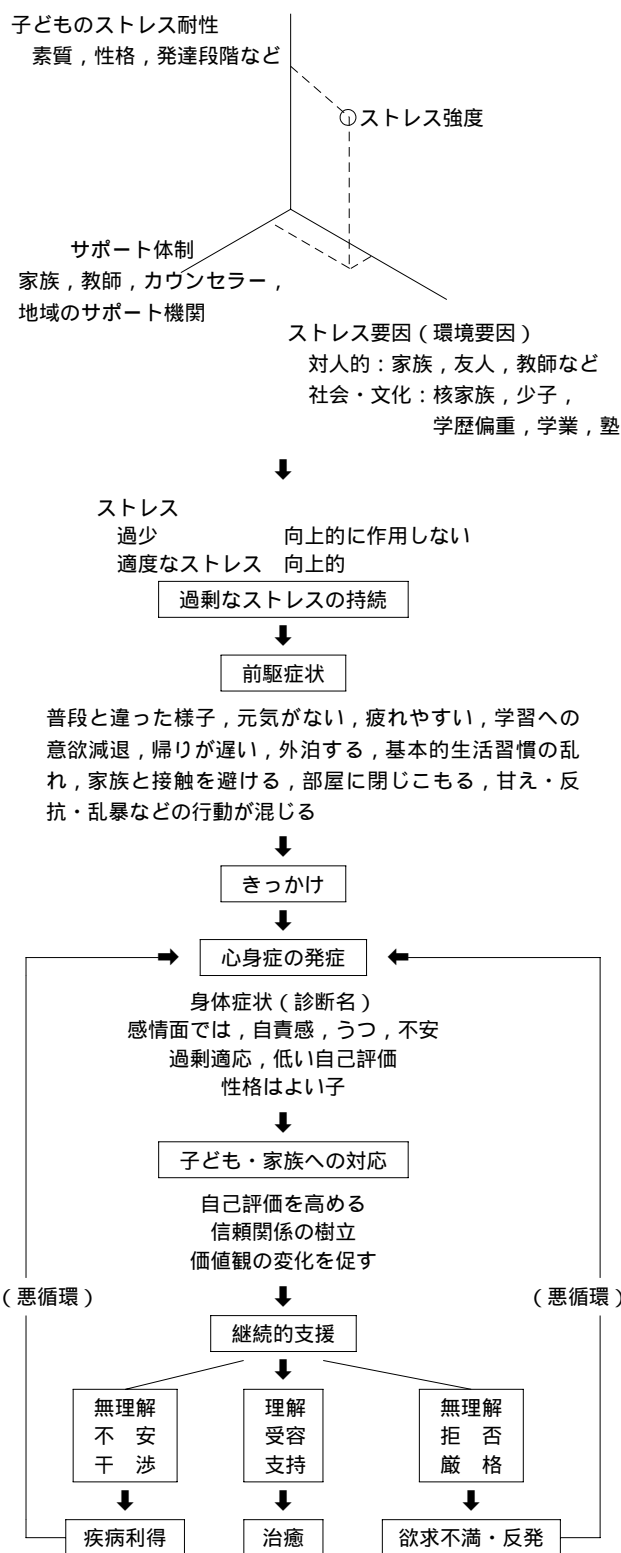


図1 心身症の発症

できる対人関係の場をもつようにすることである。子ども自身が自分のもっている潜在能力を発揮し、心の問題を整理し成長することを信じて行なわれるものである。このためには、ゆっくり話す時間をもうけ、子どもが悩みを整理し打ち明けることができる雰囲気作りを心がけることが大切である。非指示とは、どのような気持ちをもっているか、どういう態度をとっているかということ、子どもにわかるように言葉に変える作業をすることである。援助と非指示によって、成長を見守ること、待つことが大切である。

子どもと継続的にかかわり、子どもの言動を批評するのではなく、良い点やできたことをきちんと強調しかえすこと、誉めることが大切である。そして、ネガティブな感情をポジティブにする。自信を回復させる。不安をコントロールできるようにする。自己主張を促す。他人との関係の取り方に他の方法があることなどに気づかせることが大切なポイントである。

家族は子どもの心身症を機会に、家庭がくつろげる場所であるか、ふだんの親子関係の在り方、母親・父親の役割、姑・嫁の関係など家族内の力関係から生じるストレスの有無や、日常生活習慣の見直しなどについて考えてみなければならない。また、学業や塾が過重な負担になっていないかどうか、友人や担任との関係はどうかなども考えることが必要である。

心身症を発症すると、その対応によっては悪循環をきたすこともまれではない。心身症の子どもに周囲の大人たちが過剰な関心や保護的行動を示すと、子どもはこのまま病気であるほうが大事にしてくれると考え、子どもに疾病利得を生じさせ症状が遷延することがある。一方、大人にとっては子どもの症状が理解できず、厳格あるいは過干渉的に対応し、ますます子どもとの葛藤が強くなり、心身症発症の環境要因が取り除かれるどころか増強され、症状が増悪されることも多い(図1参照)。家族は子どもに最も近い存在である。だから、治療者の一員になってもらわなければならない。家族が変わらなければならない。変る家族と変らない家族の違いは、子どもが心身症になって何を訴えようとしているのか考えるかどうか、子どもの声を聴くことができるかどうか、親の価値観を押し売りしていないかどうかである。

## 2) 初回面接

初めての受診の場合は、子どもは命令や指示されるのではないかと緊張して坐っている。病院なんて来たくな

かったのに親にむりやり連れて来られている場合もある。親に叱られはしないかと考えて話そうとしないこともある。また、どうせ今まで言われてきた答えがかえってくるだろうと、答えを予想している子どももいる。

初回の面接では、緊張感をとる言葉、これまでかけられなかった言葉を考え伝える。子どもが何でも話せる雰囲気を作ることが大切である。聴いてもらいたいから、また来ると言ってくれるように初回面接は終わらなければならない。子どもの問題は子ども自身から聴くことが大切であるから、子どもの緊張がとれてくれば、子どもとの個人面接にする。もちろん、子どもとの面接が終われば家族と面接する。子どもとの個人面接の前には、決して命令・指示しないことを子どもに約束する。

面接時の言葉の具体例を述べる。息切れタイプの不登校の子どもが腹痛で受診した場合、「どこも異常がない。頑張りなさい」ではなく、「痛いのは確かと思う。内臓に異常がなかったのはよかったね」。子どもが話しやすくなるように、不登校が疑われれば「学校って緊張するところだね」「学校って疲れるところだね」、拒食症には「ダイエットって皆んなしてる。悪いことではないよね(よいとは言わない)」「痩せたいって考え悪いことではないよね」、夜尿症には「おもらしは恥ずかしいことではない。必ず治るからね。決してあなたが悪いわけではない」、過敏性腸症候群には「授業中緊張するのはまじめな証拠、そんなときトイレにゆきたくするよね」、いじめがあるかどうかは「集団にはよい友達もいるけど悪いのもいるよね」などと訊ねる。親には秘密にすることを約束して、「お父さんとお母さんはどちらが厳しいかな」などと質問し、親子関係や、きょうだい・家族関係などを聴く。また、「心身症になったのはあなたの心が弱いからではないこと」を必ず伝えておく。自責感、うつ状態が強いと、励ましてもかえって沈むことがある。元気になるのは自分のせい、自分が悪いからと思っているからである。「つらいよね。苦しいね」と言って、今の気持ちを吐露できるようにすることが必要である。

家族は、「今までよい子だったのにどうして」とか、「早く治らないと勉強が遅れる」「うちの子どもは弱いからこんな病気にかかったのでしょうか」とか、子どもを理解しようとしなかったり、あせりを示すのが普通である。また、「他の施設では、愛情不足だから心身症になっていると言われた」「一生懸命育ててきたのに」と、自責感に陥っている母親もいる。家族を追い込んで支援にはなんらプラスにならず、むしろ逆効果である。確かに

家族病理が心身症の一因であるが、家族も受容し子どもの支援者になるよう導くことが治療者の役割である。家族と子どもとの関係がこれまでとはちがった関係になることが必要である。表2のストレス強度を表す図式の中で、ストレス要因になる家族から、サポート体制に位置する家族に変えることが必要である。

### 3) 継続支援

心身症は、家庭あるいは学校での主として対人関係の問題が慢性的に持続しているところにささいなきっかけで発症することが多い(表2参照)。内面の感情は、挫折感、喪失感、自己評価の低下など陰性に傾き、発達が阻害されている。従って、子どもの心身症は、表面に現れている身体症状にかかわりながら、発達の歪み、対人関係性の病理ととらえ支援することが必要である。子どもの内面的な成長は、自己開示、自己主張によって遂げられる。これは短期間で成されることではない。対人関係性の問題は子ども一人ひとり違い、そのため支援方法も個々に異なる。これらは継続的にかかわり子どもの声を聴かなければわからない。子どもは周囲が変わったと感じれば症状は改善する。周囲がどう変らなければならぬかは子どもの声の中にある。心の問題が解決したとき子どもは内面的に成長し、家族には価値観の変化がみられる。

子どもと継続してかかわっていると思いきかけないことに気づかされる。子どもの問題は子どもから聴かなければならない思いを強くする。いじめによる不登校の子どもが堰を切ったように話し始めたのは、面会しはじめて5回目であった。「いじめた子と、いじめられた子に仲直りさせるなんて?。クラス全員に集団指導しても?。いじめている子は口がうまい。いじめはおふざけかもしれない。いじめ防止アンケートも結局はいいかげんに書く。いじめている子も不満があるのかも。いじめている子も自分に自信をもてないのかも。学校を楽しくするのがいじめ防止になるかも。みんな夢中になるものがあつたらいいのに」。このようなことを1時間に及んで話した後、子どもの表情はこれまでとは違って生き生きしていた。奥に秘めていたものを声にしたことで、これまでの自分とは違う自分が生まれたことに気づいたのかも知れない。子どもが本音で話をするとうれやうられることが多い。どんなささいなことでも子どもの思いを聴くことが大切である。

不登校の一般的支援については、表3に示した。また、支援の参考になるかと考え、以下に子どもの声をまとめた。

不登校の子どもの声：私のまねをしようねと言われ続けた。良い子でいることに疲れた(中3)。どこも異常がない、頑張りなさいねと言われる、本心を聴いてくれ

表3 不登校の分類と対応

<p>(分類)</p> <p>①いじめや教師との人間関係など学校生活に起因する型、②あそび・非行型、③無気力型、④登校の意志はあるが身体の不調、不安など訴える情緒的混乱型、⑤意図的拒否型、⑥複合型、⑦その他の7型(文部省)。</p>
<p>(対応)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 初期には、身体的訴えで保健室に来ることが多い。保健室での対応は、ゆったりした気持ちでかかわり、子どもと信頼関係を築く。友人や教師との関係障害など、学校環境に問題があれば、家族と連携をとり環境を調整する。</li> <li>2 身体的訴えは頭痛や腹痛が多く、その原因に器質的疾患がなくてもがんばりなさいということは、かえって子どもの心理を理解せず、症状を長期化させることが多い。</li> <li>3 何となく学校に不適應を感じながら登校している場合や、低年齢の子どもでは、気持ちを受容しながらの励まし有効なことがある。小学校高学年以後の子どもで、すでに欠席が始まっていれば、登校刺激はかえって反発を招く結果になる。長期的な視点で、家族とともに子どものアイデンティティの確立を目標に支援する。</li> <li>4 不登校の子どもは安心して過ごせる場所で、情緒的に安定することによって、自分の生き方を考えるようになる。こうなるまでには時間がかかり、情緒が不安定になり暴力行為が現れたり、生活リズムがくずれ昼夜逆転になったりする。はれ物に触るように対応するのではなく、本音の感情交流に努め生活リズムの改善が必要である。</li> <li>5 専門の相談機関、学校、家庭は連携し、子どもの自立を支援する方法を相談しあうことが大切である。子どもが負担にならない範囲の電話や自宅訪問を行い、コミュニケーションを保つことが人間関係の距離の取り方の改善や、復帰のための体力の獲得にとって大切である。</li> <li>6 保健室登校や、学校の行事だけに参加してくるようになって、教室への勧誘をあせってはならない。</li> </ol>

ない医者にはムカツク（小6）。（僕は）優しい暴力（中3）。母は優しい仮面をかぶっている、僕は妹の教育の実験（小6）。父は厳しい、母はやさしい、でもコウルサイ（小5）。学校は疲れる、相手の顔色ばかりみてしまう（高1）。30代の教師はヒステリー、40になると落ち着く（小6、保健室登校）。学校は死んでいる（中3）。たまに学校に行く兄を「えらい」と誉めるのはどうして。私は毎日行っているのに（中3、不登校の妹）。

拒食症の子どもの声：医者に点滴してもらっていたとき、死にたいのかと言われたんで痩せたいんですと答えた（高2）。これまで自分のしたいことをしてきたのでしょうか、私って、何（中3）。痩せるのはとても楽しくて、自信がもてて、輝いていた（中3）。痩せて、私をアピールしたかった（中3）。痩せることで自分の存在を他人に知ってもらいたい。自己アピールが苦手だった。自分を見失いそうになっていた。ダイエットは心の病気だと思う。心の病気を治すには、自分に自信を持ち、自分を大切にすることと思う（高3）。今まで、悪い食物として排除していたものを「もう、どうなってもいい、食べてしまえ」と言って、チョコレートのひとかけらを食べた（中3）。お母さんに甘えた記憶がない（高2）。痩せることで内面を変えることができると思ったけど、変らなかった（高3）。

非行などの子どもの声：クラスのSI君のようにになりたい（中3、家出、暴力行為）。僕が変われば皆が変わるんだね（中3、暴力行為）。らく印を押されているほうが楽（中1、非行）。ちょっと良いことをしても、お前がやるはずがないと言われる（中1、非行）。

## おわりに

子どもの心身症の支援の基本について述べた。子どもの個性を大切にといいながら、実際は子どもを学歴偏重の大きな流れに追いやっている。子どもはあえぎながら、自分の気持ちを聴いてもらいたい相手を捜しているように思える。心身症の子どもから、子どもの成長・発達に大切な栄養素を学ぶことができる。

個々の疾患に触れることはできなかった。疾患の詳細については、他の書物を参考にしていきたい。

## 文 献

- 1) 山中康裕：子どものこころと学校・学校メンタルヘルス, 1: 27-36, 1998
- 2) 高木俊一郎：子どもの心とからだ．創元社 大阪, 1989 pp. 134-142
- 3) 生野照子：小児心身症の発症メカニズム．小児心身症とその関連疾患（吾郷晋浩，生野照子，赤坂徹編），医学書院，東京，1992 pp. 37-42
- 4) 二宮恒夫：心身症と関連疾患 最新育児小児病学（黒田泰弘 編），改訂第4版，南江堂，東京，1998，pp. 211-218
- 5) 二宮恒夫：小児心身症の治療 - 小児科学の立場から - ．小児心身医学ガイドブック（清水凡生 編），北大路書房，京都，1999 pp. 83-93

## *The supportive intervention for the children with psychosomatic disorder at outpatient clinic*

*Tsuneo Ninomiya*

*Department of Nursing, School of Medical Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan*

### SUMMARY

Many children have undergone stressful experiences, and have been in jeopardy for maladaptation due to a variety of life stresses, including disturbances of parent-child relationship, ineffective peer relation, difficulties in adapting successfully to the school environment. The presence of these cumulative life stresses has been shown to be related to an increase in number of psychosomatic disorders in children.

Children with psychosomatic disorder revealed the internalizing behavior problem (e.g., withdrawal, somatic complaints, anxiety-depression), negative self-esteem, ego-overcontrol and the decline in social competence.

Psychological supportive intervention was focused on amelioration and remediation of children's vulnerability, and promoted competent adaptation and resilience in response to varying environmental circumstances.

As with positive appraisal of oneself and ego-resilience, children cope more adaptively to varying adversity. Utilizing intervention strategies on family dynamics can facilitate the treatment process.

Key words : children with psychosomatic disorder, negative self-esteem, ego-overcontrol, ego-resilience